EXPOSÉ

DES

TITRES SCIENTIFIQUES

ET DES TRAVAUX

DE

PATHOLOGIE MÉDICALE

DU DOCTEUR **E.-J. WOILLEZ**

MÉDECIN DE L'HOPITAL COCHIN,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX,
ET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION;

A L'APPUI DE SA CANDIDATURE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1867

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

I. TITRES.

1855. Médecin du Bureau central des hôpitaux.

1862. Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

1863. Médecin de l'hôpital Cochin.

II. SOCIÉTÉS SAVANTES.

1856 à 1860. Secrétaire de la Société médicale des hôpitaux.

1856 à 1860. Secrétaire général de la Société médicale d'observation.

III. ENSEIGNEMENT.

1863 à 1866. Leçons cliniques faites chaque année à l'hôpital Cochin.

IV. TRAVAUX SCIENTIFIQUES.

En aspirant à l'honneur de faire partie de l'Académie impériale de médecine dans la section de pathologie médicale, M. Woillez a des travaux très-divers à rappeler en faveur de sa candidature. Parmi ces travaux, il en est un certain nombre se rapportant plus particulièrement à la séméiologie, et dont il sera question en premier lieu. C'est principalement comme médecin des hôpitaux de Paris que l'auteur s'est livré aux recherches cliniques qui forment la majeure partie de ses publications.

I. SÉMÉIOLOGIE.

L'inspection de la poitrine, la percussion, l'auscultation et la mensuration ont été l'objet des publications suivantes :

1. Recherches sur l'inspection et la mensuration de la poitrine, considérées comme moyens complémentaires de la percussion et de l'auscultation.

(Un volume in-8 de 500 pages ; 1838.)

Cet ouvrage n'est que le développement de la thèse inaugurale de l'auteur, intitulée : *Recherches sur la valeur diagnostique des déformations de la poitrine produites par les maladies des organes thoraciques* .

M. Woillez démontre dans cet ouvrage, qu'en dehors des déformations produites par les affections intra-thoraciques, il en est d'autres qui se rencontrent chez des individus qui ont toujours été exempts d'affections de

ce genre. Ces défauts de configuration ou de symétrie, qu'il a dénommés *hétéromorphies physiologiques*, sont importants à connaître. Ils n'avaient pas encore pour la plupart été décrits par les auteurs, quoique fréquents, surtout dans la classe ouvrière.

Ces hétéromorphies occupent le sternum ou les parties latérales de la poitrine. Le sternum est le siége de saillies dans sa partie supérieure, ou de dépressions inférieures, dépressions qui n'ont aucune action nuisible sur les organes intra-thoraciques, comme on l'a prétendu, et qui sont souvent indépendantes de toute compression professionnelle.

Les deux côtés de la poitrine ont des défauts de symétrie, dont les plus fréquents, isolés ou combinés, sont la saillie du côté antérieur gauche et celle du côté postérieur droit. Elles peuvent en imposer par des ampliations pathologiques, de même que les dépressions relatives du côté opposé pourraient faire croire à des rétrécissements morbides, si l'on n'était prévenu. Ces hétéromorphies sont étudiées comparativement aux déformations pathologiques similaires.

Les rétrécissements *partiels* à la suite de la pleurésie sont signalés et étudiés pour la première fois dans cet ouvrage par M. Woillez, ainsi que la cause de l'amaigrissement apparent du côté rétréci par cette cause.

La mensuration comparée des deux côtés de la poitrine a été l'objet d'une étude particulière dans cet ouvrage. La moyenne de la prédominance du côté droit sur le côté gauche y est déterminée, et il est démontré en même temps que leur amplitude relative peut être modifiée, dans l'état sain, soit par les saillies d'un des côtés, soit par le développement du foie, de la rate, ou par un météorisme abdominal.

2. Recherches sur les variations de la capacité thoracique dans les maladies aiguës.

(Mémoires de la Société médicale d'observation, t. III, 1856).

Dans l'ouvrage sur l'inspection et la mensuration de la poitrine dont il vient d'être question, la mensuration thoracique avait été étudiée presque exclusivement au point de vue physiologique. Dans le présent mémoire,

qui date de 1852, sont exposées les recherches de M. Woillez sur le même sujet, mais sous le rapport pathologique.

Un premier résultat important, c'est que la mensuration comparative des deux côtés de la poitrine n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée, attendu qu'elle ne saurait fournir de données pratiques utiles que dans des cas exceptionnels. La véritable base de l'étude de la mensuration thoracique doit être la comparaison de la capacité de la poitrine à différentes époques ou à différents jours de la maladie.

Ainsi comprise et utilisée, la mensuration a démontré à l'auteur qu'il existait dans toute maladie aiguë fébrile une ampliation générale de la poitrine, non sensible à la vue, mais très-appréciable à la mensuration. Cette ampliation apparaissant dès le début de ces maladies, est démontrée par ses progrès croissants en rapport avec ceux de l'affection principale, et surtout par la rétrocession de la poitrine qui accompagne la résolution de la maladie.

A quelle cause commune pouvait-on attribuer cette ampliation du thorax liée aux maladies aiguës fébriles les plus diverses ? C'est dans la détermination de cette cause que réside le résultat le plus important de ces recherches. Cette cause de l'ampliation de la poitrine est la congestion pulmonaire, comme le démontre M. Woillez dans ce mémoire. Cette démonstration est principalement fondée : sur le fait de l'identité de cette ampliation dans les maladies les plus diverses; sur l'impossibilité de l'expliquer par une autre cause que l'hypérémie, et enfin sur cette donnée capitale qu'au moment de l'ampliation, l'élasticité thoracique est diminuée (preuve de l'engorgemeut pulmonaire), et que cette élasticité est au contraire plus prononcée pendant la rétrocession, annonçant le retour à l'état normal.

Pour constater les différences d'élasticité de la poitrine, M. Woillez a imaginé un mode de mensuration fort simple qui consiste en ceci : le lacs mensurateur étant d'abord appliqué sans effort sur chaque côté de la poitrine, puis serré avec force, on obtient deux mensurations successives qui, pour tout le périmètre thoracique, offrent en chiffres une différence qui donne le degré de l'élasticité générale du thorax. On conçoit en effet que, moins la poitrine est élastique, moins elle se laisse déprimer, et moins aussi la différence entre les deux mensurations est prononcée. Le contraire a lieu si l'élasticité est augmentée : les parois thoraciques se laissent dé-

primer davantage, et la différence entre les deux mensurations est plus grande. Or de 4 à 5 centimètres représentant l'élasticité thoracique pendant l'ampliation due à l'hypérémie pulmonaire, les chiffres s'étaient élevés jusqu'à 6, 8, et même 11 centimètres pendant la rétrocession, c'est-à-dire après la résorption de la congestion.

Cette découverte de la congestion pulmonaire se manifestant par l'augmentation de volume du poumon constatée pendant la vie à l'aide de la mensuration, comme on constate l'augmentation de volume du foie congestionné par la palpation et la percussion, a été la base des recherches ultérieures de l'auteur sur l'hypérémie pulmonaire.

3. Note sur un nouveau procédé de mensuration de la poitrine.

(Lue à l'Académie impériale de médecine, le 24 mars 1857 (*Archives de médecine*, mai 1857.)

Dans ses précédentes recherches sur la mensuration, M. Woillez s'était servi d'un simple ruban gradué, qui ne donnait que les variations du périmètre de la poitrine. Il rechercha un moyen de mensuration plus complet, pouvant donner, en même temps que les variations du périmètre, les changements survenus dans les diamètres antéro-postérieurs. Chomel avait, en effet, rappelé que, la poitrine ayant une forme ovale dans le sens transversal, sa capacité intérieure se trouvait nécessairement augmentée par l'écartement antéro-postérieur de ses parois, l'ovale tendant alors à se rapprocher de la forme circulaire.

Dans sa note lue à l'Académie, M. Woillez a décrit un instrument particulier donnant non-seulement le périmètre de la poitrine comme le ruban, mais aussi tous ses diamètres, et fournissant un tracé, sur le papier, de la courbe circulaire du thorax. C'est un cyrtomètre construit sur des données toutes différentes de celles d'après lesquelles M. Bouillaud a imaginé le cyrtomètre destiné à relever le degré des saillies précordiales dans les affections du péricarde et du cœur.

Le cyrtomètre de M. Woillez est le plus complet instrument de mensuration à employer, soit comme moyen scientifique et expérimental de recherches, soit comme moyen pratique pour suivre la marche croissante

ou décroissante des épanchements pleurétiques. Il a été signalé par l'auteur comme pouvant aussi rendre quelques services à la chirurgie, à l'orthopédie, et comme permettant de relever facilement, sur le vivant, la conformation du crâne pour l'étude des races humaines.

4. Recherches cliniques sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration dans la pleurésie (marche, pronostic, traitement par la thoracentèse), avec 23 gravures sur bois.

(Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris, t. I, 1857).

La pleurésie avec épanchement se présente à l'observateur dans deux conditions différentes. Tantôt les signes de percussion et d'auscultation indiquent bien la marche croissante, l'état stationnaire et la décroissance de l'épanchement ; tantôt ces signes de percussion et d'auscultation restent les mêmes, et cet état stationnaire apparent laisse le clinicien dans le doute de savoir si l'épanchement augmente ou diminue d'une manière latente. Cette dernière condition est fréquente, principalement dans les épanchements pleurétiques abondants. L'emploi du cyrtomètre dans le cours de la pleurésie lève dans ce cas tous les doutes, comme le démontre ce mémoire, par des observations et des tracés cyrtométriques à l'appui.

Par cela même que le cyrtomètre permet de suivre les progrès des épanchements pleurétiques même latents, il en fait formuler plus facilement le pronostic et instituer le traitement. A cet égard, M. Woillez croit devoir rappeler les conclusions suivantes de son travail, dont il a pu vérifier la justesse maintes fois depuis :

« L'ampliation thoracique (sensible au cyrtomètre) se prolongeant ou se montrant de nouveau au delà des limites de l'ampliation du début, après quinze jours environ dans les pleurésies simples, et vingt-cinq à trente jours dans les pleurésies compliquées, doit faire porter un pronostic fâcheux, et faire craindre un accroissement excessif de l'épanchement.

« La rétrocession de la poitrine, au contraire, est un signe pronostique

favorable ; il a surtout une grande valeur lorsqu'il annonce la résorption du liquide, alors que les autres signes sont stationnaires.

« La thoracentèse est opportune lorsqu'on constate l'ampliation insolite qui fait porter un pronostic défavorable, l'épanchement étant alors rebelle aux moyens médicaux, et tendant manifestement à devenir excessif.

« Dans les cas d'épanchement abondant et en apparence stationnaire, la rétrocession thoracique qui survient empêche de pratiquer inutilement ou trop tôt la thoracentèse, en révélant la résorption cachée du liquide épanché.

« La mensuration par le cyrtomètre empêche aussi de ponctionner la poitrine trop tard, lorsque, après la résorption du liquide, des fausses membranes épaisses peuvent faire croire à un épanchement pleurétique abondant. »

5. Sur un cas de difformité thoracique considérable, avec déplacement inoffensif de plusieurs organes et avec signes stéthoscopiques particuliers.

(Rapport lu à la Société médicale des hôpitaux, le 28 mars 1860 (*Bulletin* de cette Société et *Union médicale* du 16 juin 1860). — En commun avec M. le Dr Gros.

Il s'agissait, dans ce fait, d'un jeune homme offrant une dépression antéro-postérieure considérable de la cage thoracique, au niveau de la partie inférieure du sternum et des parties voisines, sans troubles profonds de la santé générale. Le cyrtomètre démontra cependant que l'épaisseur du tronc au niveau du centre de la dépression n'avait que 9 centimètres, ce qui expliquait comment, à ce niveau, l'aorte se trouvait refoulée à gauche du corps des vertèbres derrière le poumon correspondant. A l'auscultation, on percevait en effet le bruit vasculaire aortique à 6 centimètres à gauche de l'épine des dernières vertèbres dorsales. Les rapports insolites de l'aorte et du poumon permettaient d'expliquer, par le refoulement brusque du tissu pulmonaire, comment le murmure respiratoire était soufflant ou granuleux pendant chaque dilatation ou pulsation aortique.

6. Etude sur les bruits de percussion thoracique.

(*Archives de médecine*, mars et avril 1855).

Lorsque fut publié ce mémoire, MM. Henri Roger et Aran avaient vulgarisé récemment parmi nous les travaux de Skoda relatifs à la percussion. A la division confuse et incompréhensible des sonorités de percussion formulée par l'observateur allemand, M. Woillez s'attacha à substituer des distinctions plus simples, basées sur des principes faciles à saisir.

Il divisa les données fournies par la percussion en deux groupes, fondés : 1° sur *l'intensité* des bruits obtenus, 2° sur leur *tonalité*, en y ajoutant, comme donnée complémentaire, la sensation tactile d'élasticité ou de résistance pendant la percussion.

Sans rien préciser, Skoda n'avait fait que signaler la tonalité comme élément des sonorités de percussion. M. Woillez en a étudié les caractères et les conditions organiques. Il a démontré que la tonalité se distinguait facilement de l'intensité par des particularités que tous les praticiens peuvent comprendre sans avoir l'oreille musicale. Il signale la nécessité d'étudier à part l'intensité et la tonalité, puisque les caractères variables de l'une comme de l'autre se rencontrent isolés aussi bien que groupés. Cette distinction fondamentale permet de conserver au mot tympanique le sens que lui donnait avec raison Laënnec, et que le médecin de Vienne a dénaturé.

7. Conditions anatomiques du son tympanique.

(*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, t. II, édit. 1862, p. 360.)

Indication nouvelle des conditions du son tympanique de la poitrine et de sa cause la plus générale.

8. Du son tympanique ou tympanisme de la poitrine dans les maladies.

(Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, le 11 juin 1856 (Actes de cette Société, 4e fascic., 1859, et *Archives de médecine*, septembre 1856.)

Etude clinique, avec observations à l'appui, du son tympanique dans des conditions où il n'était pas généralement admis en France. L'impor-

tance du siége et de l'étendue de ce signe, observé dans des conditions pathologiques variées en dehors de l'emphysème pulmonaire, y est démontrée au point de vue de la séméiologie.

Lorsqu'on rencontre le tympanisme des deux côtés, soit en arrière aux deux bases, soit en avant dans les régions sous-claviculaires, ou dans ces différentes parties à la fois, c'est le plus souvent un signe de congestion ou d'emphysème pulmonaire. Limité à un seul côté de la poitrine, le son tympanique a été principalement constaté avec la pleurésie, au-dessus du niveau de l'épanchement, ou avec la pneumonie.

9. Du son tympanique et du bruit de pot fêlé dans la pneumonie.

(Leçon clinique faite à l'hôpital Cochin (*Gazette des hôpitaux* des 2 et 4 août 1865).

M. Woillez donne ici de nouvelles preuves que l'exagération d'intensité du son de percussion se constate aussi bien au niveau d'un poumon condensé dans une certaine mesure, que lorsque son tissu est raréfié comme dans l'emphysème. Il étudie les conditions variées dans lesquelles se manifeste le bruit de pot fêlé, et le signale comme se produisant chez certains sujets, seulement pendant l'expiration, en donnant l'explication de cette particularité.

10. Note sur la voix soufflée, variété non décrite de la voix thoracique.

(Lue à la Société médicale des hôpitaux en juin 1864 (*Bulletin et Mémoires* de cette Société, t. I, p. 146, et *Union médicale*, t. XXIII, 1864.)

Dans les conditions diverses où il existe un souffle bronchique, on peut constater la voix appelée *soufflée* par l'auteur. Elle est distincte de la bronchophonie, de la broncho-égophonie et de l'égophonie. Elle consiste en ceci, qu'à chaque articulation de la voix laryngienne correspond profondément une saccade soufflée, se manifestant après ces articulations comme un écho, même lorsque le sujet parle à voix basse. L'auteur a cherché à

expliquer la production de ce phénomène intéressant d'auscultation, qui lui paraît dû au retard éprouvé, pendant l'acte de la phonation, par la sortie de l'air à travers la partie où se produit la respiration soufflante.

11. Etude sur l'auscultation des organes respiratoires.

(*Archives générales de médecine*, juillet et août 1865.)

« Une théorie nouvelle, a-t-on dit de ce travail, reposant sur la prédominance des lois physiques sur les lésions anatomiques y est émise sur l'étiologie de la production des bruits normaux et anormaux de la respiration intra-thoracique. Fondée sur cette condition, regardée comme indispensable, de la béance parfaite des conduits aériens, pour la production du bruit respiratoire normal, elle diffère ainsi de toutes les précédentes ; béance favorisée par l'extension naturelle, permanente, des poumons dans le thorax, d'où résulte une colonne d'air continue dans ces conduits. » Cette disposition explique facilement, suivant M. Woillez, tous les bruits physiologiques d'auscultation.

Quant aux bruits anormaux, il fait remarquer qu'ils sont dus non-seulement à des lésions anatomiques, comme on le formulait exclusivement, mais aussi à de simples modifications physiques de cette béance des vides aériens. Il résulte de cette dernière condition une classe particulière de signes d'auscultation, qu'il appelle respirations anormales.

Ce mémoire se termine par un travail clinique, dans lequel M. Woillez croit avoir démontré que le défaut de béance des vides aériens du poumon, indépendamment de leur obstruction par du mucus, empêche quelquefois de percevoir les signes de l'hépatisation pulmonaire ou ceux des cavernes pulmonaires tuberculeuses. Il indique à quels signes on peut reconnaître que l'on a affaire à des cas de ce genre. Dans ces faits, le défaut de béance peut tenir à deux causes différentes, mais qui ont le même effet, celui d'empêcher la pénétration dans le poumon d'une quantité d'air suffisante pour que les bruits anormaux se produisent. Ces deux causes sont l'*exagération de volume du poumon*, comme dans certaines pneumonies ou infiltrations tuberculeuses, ou *le refoulement de l'organe*, comme on peut le constater dans les pneumothorax par perforation tuberculeuse.

En outre de ces publications relatives à la séméiologie, des particularités nouvelles concernant les signes physiques fournis par les moyens d'exploration dont il vient d'être question, se trouvent disséminés dans des travaux de pathologie dont il va être question, notamment tous les n°s 14, 22, 23, 24, 29, 31, 34 et 35. Dans ce dernier mémoire sont décrits en détail les signes fonctionnels et physiques de la congestion pulmonaire.

II. PATHOLOGIE MÉDICALE.

Les travaux qui restent à énumérer comprennent des ouvrages étendus, des mémoires, des observations, des leçons cliniques faites à l'hôpital Cochin et qui ont été publiées dans différents recueils.

12°. De l'amélioration du sort de l'homme aliéné.

(Un volume in-8, Masson, 1849.)

Dans cet ouvrage est établie la distinction de l'aliéné considéré comme unité pathologique et comme individualité sociale. A ce dernier point de vue, qui n'avait pas encore été exposé dans son ensemble, l'aliéné est examiné : 1° en liberté ; 2° en état de séquestration ; 3° en état de libération.

Dans chacune de ces conditions, M. Woillez a envisagé l'individualité de l'aliéné, d'abord *en elle-même*, en second lieu *dans ses rapports avec la famille*, et en troisième lieu *dans ses rapports avec la société*, où cette individualité se trouve en contact avec les autorités administratives, avec le pouvoir judiciaire, avec les autres personnes et les choses en dehors d'elle-même.

L'ouvrage dans son ensemble présente les développements de ce canevas, qui n'avait pas encore été formulé, tel qu'il vient d'être exposé.

A propos de l'aliéné séquestré, M. Woillez a insisté sur la nécessité d'une organisation nouvelle des asiles. Il a signalé, comme devant favo-

riser l'organisation du travail manuel et celle des colonies agricoles pour les aliénés, l'opportunité : 1° d'asiles départementaux, où le séjour ne serait pas prolongé plus de trois années; 2° d'asiles centraux pour les idiots et les épileptiques, organisation dont se rapproche celle qui a été adoptée récemment pour le département de la Seine.

13. Mémoire sur l'épidémie de choléra de 1849, dans l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

(*Annales médico-psychologiques*, 2e série. t. III.)

Description de cette épidémie meurtrière, à propos de laquelle le haschich, employé déjà par le Dr Willemin contre le choléra, est signalé pour la première fois comme un bon moyen d'atténuer ou d'arrêter les vomissements dans cette maladie.

14. Observation de tumeurs fibro-plastiques généralisées, et simulant un cancer du poumon.

(*Archives générales de médecine*, août 1852.)

Cette observation fut publiée à une époque où l'on avait cru pouvoir établir, comme distinction fondamentale entre le cancer et le cancroïde, la généralisation et l'infection comme caractères essentiels du cancer, et la localisation avec simple extension locale comme caractères des cancroïdes. Le fait rappelé ici fut un des premiers qui démontra la fragilité de cette division au point de vue clinique.

Au point de vue séméiologique, il prouve en outre qu'une tumeur compacte, entourée de tissu pulmonaire sain, peut donner lieu, à son niveau, à une sonorité exagérée de percussion, et à une respiration soufflante ou amphorique à l'auscultation.

15. Mémoire sur la guérison des perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse.

(Lu à la Société médicale des hôpitaux en juin 1853 (Actes de cette Société, fascic. 3 et *Archives de médecine*, décembre 1853.)

Malgré un très-petit nombre de faits de guérison épars dans la science, la perforation pulmonaire tuberculeuse avec pneumothorax était considérée comme fatalement mortelle.

Dans ce mémoire, la guérison est signalée comme étant non-seulement possible, mais comme n'étant pas très-rare. Les conditions anatomiques et le mécanisme de la cicatrisation des perforations pulmonaires y sont indiqués pour la première fois, ainsi que les précautions à prendre pour reconnaître la réalité de ces guérisons sur le cadavre, et ne pas confondre alors l'épanchement d'air dans la plèvre avec le pneumothorax dit spontané.

16. Observation de névralgie générale.

(Insérée dans la thèse de M. Jules Leclerc, 1852.)

17. Cancer du médiastin.

(Observation publiée en 1856 par le Dr Oulmont dans son Mémoire sur les oblitérations de la veine cave supérieure, dans les Mémoires de la Société médicale d'observation, t. III.)

18. Observation de ramollissement aigu du cervelet, suivie de réflexions.

(Lue à la Société médicale des hôpitaux en octobre 1855 (*Bulletin*, t. II, p. 493, et *Union médicale*.)

19. Observation de leucocythémie, avec développement de la rate et accès fébriles intermittents antérieurs.

(Lue à la Société des hôpitaux en décembre 1855.)

20. **Hypertrophie de la rate, avec symptômes attribués à la leucocythémie, mais sans exagération du nombre des globules blancs du sang.**

(Lue à la Société des hôpitaux, le 8 octobre 1856.)

Les deux observations qui précèdent ont été produites par M. Woillez à propos de la discussion qui a eu lieu en 1855, à la Société médicale des hôpitaux (Bulletin de cette société, t. III), pour contribuer à démontrer que la leucocythémie n'est pas la lésion d'une maladie particulière, mais un état du sang qui se rencontre dans des conditions très-variées.

21. **Trois observations de rhumatisme cérébral** (*janvier* 1857).

(*Bulletin* de la Société des hôpitaux, t. III, p. 252.)

22. **De l'engorgement des ganglions bronchiques.**

(Rapport (en août 1861) sur le travail de M. Fonssagrives, intitulé : *Mémoire sur l'engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte* (*Bulletin* de la Société des hôpitaux, t. V, p. 109, et *Union médicale*, 1861.)

Dans ce rapport est faite la remarque importante que les signes de tous les engorgements péri-bronchiques sont les mêmes, quelle que soit la nature de la lésion.

L'hypertrophie mélanique ou pigmentaire y est signalée comme une espèce d'engorgement non encore décrite. Les engorgements des ganglions bronchiques sont rapportés à quatre espèces : 1° l'engorgement *tuberculeux*; 2° celui par hypertrophie mélanique ; 3° par hypertrophie se rattachant à l'hypertrophie ganglionnaire généralisée, dite improprement leucocythémie lymphatique ; 4° l'engorgement cancéreux.

23. **Tumeurs des ganglions bronchiques. Leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement.**

(Leçon clinique faite à l'hôpital Cochin (*Gazette des hôpitaux*, n°s des 27 octobre, 10, 15 et 22 novembre 1864.)

Nouvelle étude de ces tumeurs chez l'adulte. Monographie clinique dans laquelle se trouvent indiqués, comme signes nouveaux de ces tumeurs,

dans certains cas, la *matité de la partie supérieure du sternum*, et la *respiration ronflante* à la racine des bronches en arrière. Quatre observations nouvelles d'engorgement des ganglions bronchiques sont rapportées dans cette publication.

24. Dictionnaire de diagnostic médical, comprenant le diagnostic raisonné de chaque maladie, leurs signes, les méthodes d'exploration, et l'étude du diagnostic par organe et par région.

(1 vol. in-8 de 950 pages ; 1860, J.-B. Baillière.)

Cet ouvrage est le premier qui ait été publié dans le but de faciliter le diagnostic, en prenant pour points de départ les données de l'observation recueillies au lit des malades. « L'auteur, a-t-on dit, s'est attaché à fournir au praticien un guide écrit à l'aide duquel, en présence d'un symptôme prédominant ou de la constatation du siége principal des phénomènes locaux accusés par le malade, il puisse se servir de ces notions comme d'un fil conducteur pour arriver au diagnostic cherché. »

Parmi plus de cinq cents articles que comprend cet ouvrage, il y en a un assez grand nombre d'originaux, soit par le fonds, soit par la forme, les questions afférentes s'y trouvant traitées d'une manière nouvelle, adaptée autant que possible aux nécessités de la pratique. Sans rappeler tous ces articles, je me contenterai de citer sans commentaires les mots suivants, auxquels il faudrait joindre tous ceux relatifs aux différents organes ou aux régions anatomiques extérieures. Je me borne donc à citer les mots :

Amphoriques (phénomènes), *Anesthésies, Anévrysmes, Atrophie musculaire, Bronchites, Cachexies, Calculs, Cancer, Cicatrices, Congestions, Cyrtomètre, Emphysème, Examen des malades, Grossesse, Hémorrhagies, Hydatides, Inspection, Intoxications, Leucémie, Mensuration, Occlusions intestinales, Paralysies, Parasites, Peau* (maladies), avec les articles secondaires qui s'y rattachent, *Percussion, Phthisie, Pleurésie, Pneumothorax, Poitrine, Professions, Rhumatisme, Tumeurs, Tympanisme, Typhoïde* (fièvre), *Ulcérations.*

Malgré l'étendue considérable de cet ouvrage, l'auteur n'a utilisé aucune collaboration étrangère.

25. Observation d'ictère grave (1862).

(*Bulletin* de la Société des hôpitaux, t. V, p. 197.)

26. Emploi du tannin contre la résorption purulente puerpérale.

(Communication à la même Société en juin 1862 ; *Bulletin*, t. V, p. 259.)

Cette note a été rédigée à propos de deux cas graves de résorption purulente puerpérale, qui a été suivie de guérison après l'emploi du tannin à l'intérieur. Le tannin n'a pas été recommandé ici comme moyen spécifique ; mais ces deux guérisons, observées par l'auteur, lui ont paru dignes de fixer l'attention et de provoquer de nouvelles recherches.

27. De l'emploi du tannin dans les affections des organes respiratoires, et principalement dans la phthisie pulmonaire.

(*Bulletin de thérapeutique*, 1863.)

Mémoire ayant pour objet la démonstration des bons effets obtenus par l'emploi du tannin pris à l'intérieur, dans les affections des organes respiratoires avec hypersécrétion bronchique, et dans certaines phthisies pulmonaires.

28. Des constitutions médicales.

Discussion à la Société médicale des hôpitaux, août et octobre 1863 (*Bulletin*, t. V, p. 441, 470, et *Union médicale*, 1863, t. XIX et XX.)

Dans cette discussion, qui a eu pour point de départ un travail de M. le Dr Chauffard sur les constitutions médicales, M. Woillez a traité des con-

ditions d'étude qui lui paraissaient préférables pour arriver à la solution d'une question aussi difficile, en insistant sur la nécessité de prendre son point de départ dans l'étude analytique et le rapprochement des faits, au lieu de se baser sur des principes hypothétiques formulés *à priori*.

29. De la phthisie aiguë.

(Leçon clinique faite à l'hôpital Cochin (*Gazette des hôpitaux*, 7 et 8 juin 1864.)

Cette étude clinique sur la phthisie aiguë a eu pour point de départ le fait de phthisie aiguë le plus rapidement mortel qui ait été publié.

30. Leçons cliniques sur les maladies des organes respiratoires.

Il a été question précédemment de plusieurs de ces leçons, qui ont eu pour objet : les données insolites de la percussion dans le cours de la pneumonie (n° 9), les tumeurs des ganglions bronchiques (n° 23) et la phthisie aiguë (n° 29). Mais d'autres ont été publiées, parmi lesquelles M. Woillez se contente de rappeler les deux suivantes :

1° De la nosologie des maladies des organes respiratoires (*Gazette des hôpitaux*, 10 mai 1864) ;

2° Du pronostic et du traitement de la pneumonie (*ibid.*, 11 et 13 octobre 1864).

31. De la thoracentèse.

Discussion à la Société médicale des hôpitaux, en février, mars et avril 1864 (*Bulletin* et *Mémoires*, 2e série, t. I, p. 25, 38, 40, et *Union médicale* des 8, 22 mars et 24 mai 1864.)

Dans cette discussion, M. Woillez a cherché à démontrer le peu de valeur des indications sur lesquelles on s'appuie pour pratiquer la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques, hors les cas de nécessité urgente.

Il a insisté sur l'obligation de tenir compte de la marche naturelle de la maladie, et d'user de la mensuration comme moyen de suivre plus exactement les différentes phases de l'épanchement, afin de n'opérer ni trop tôt ni trop tard.

Il a produit dans cette discussion un travail basé sur l'étude de 127 cas de pleurésie traitée par la thoracentèse, en les envisageant principalement sous le rapport de la nature des fluides épanchés. Il y a démontré que les épanchements purulents sont plus fréquents dans l'enfance que chez l'adulte, et que leur guérison n'a lieu que lorsque l'écoulement du pus est resté fistuleux pendant un temps plus ou moins long. De là, une indication importante à suivre dans le mode opératoire.

32. De la péritonite comme complication de la maladie de Bright.

(Société des hôpitaux, février 1865 (*Bulletin* et *Mémoires*, t. II, p. 48, 1866.)

A propos des vomissements attribués à l'urémie dans le cours de la maladie de Bright, l'auteur signale la péritonite aiguë ou chronique comme pouvant être aussi le point de départ des vomissements. A l'occasion de cette complication, trois observations suivies d'autopsie démontrent :

1° Que, dans la maladie de Bright, il peut survenir une péritonite suraiguë généralisée, simulant celle due à une perforation intra-abdominale;

2° Que la péritonite peut se montrer à l'état chronique, et simuler une ascite;

3° Que cette péritonite peut guérir, même après l'évacuation, à l'aide d'un trocart, d'un liquide séro-purulent.

33. De la vraie pleurodynie.

(*Union médicale*, 2 octobre 1866.)

Ce travail a eu pour but de démontrer que la pleurodynie est une affection considérée comme trop complexe par les observateurs ; qu'elle n'est constituée en réalité que par la douleur musculaire des parois thoraciques,

et qu'on a attribué à tort à la pleurodynie des signes anormaux de percussion et d'auscultation, des phénomènes généraux et des complications graves. La description si complexe de la pleurodynie provient de la confusion de cette affection avec la congestion pulmonaire soit simple, soit se rattachant à d'autres maladies aiguës.

34. De la congestion pulmonaire considérée comme élément habituel des maladies aiguës.

(Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux en décembre 1853 (Actes de cette Société, fascicule 3, et *Archives de médecine*, avril 1854.)

Première étude clinique des signes physiques de la congestion pulmonaire, basée sur l'ampliation thoracique due à l'hypérémie des poumons, ampliation qui survient dès l'invasion des maladies aiguës fébriles, et qui a été constatée à l'aide de la mensuration. Ce travail a été complété par le suivant, après plusieurs années de nouvelles et persévérantes recherches.

35. Etudes cliniques sur la congestion pulmonaire.

(Deux mémoires insérés dans les *Archives de médecine* en août, septembre, octobre, novembre et décembre 1866.)

Ces études cliniques se divisent en deux parties. La première a été communiquée en substance à l'Académie de médecine le 12 juin 1866. Elle comprend la description de la congestion pulmonaire idiopathique, qui a été confondue avec la pleurodynie, la bronchite, la pneumonie et même la pleurésie, parce qu'on ne pouvait dégager les faits d'hypérémie pulmonaire qu'à l'aide de la mensuration, ce qui n'avait pas été fait. C'est en employant ce mode d'exploration que M. Woillez a pu démontrer que la congestion idiopathique du poumon a un ensemble tout particulier de symptômes, de signes physiques, de lésions, et une marche spéciale, qui en font une maladie à part, devant occuper dans le cadre nosologique une place distincte, à côté de la bronchite et de la pneumonie.

Dans la seconde partie, l'auteur a étudié la congestion pulmonaire liée à d'autres maladies. Il montre qu'alors elle constitue soit un état pathologique *initial* de ces maladies, soit un élément *concomitant,* soit enfin une *complication* accidentelle ; et que, dans tous les cas, l'hypérémie se caractérise par les mêmes signes de percussion et d'auscultation que lorsqu'elle existe comme maladie particulière.

L'étude de la congestion pulmonaire ainsi faite simplifie dans la pratique le diagnostic et le traitement des maladies des organes respiratoires.

36. Note sur une cause particulière d'erreur de diagnostic dans certains cas d'épanchements pleurétiques.

(Lue à la Société des hôpitaux le 25 mai 1866. *Union médicale* du 2 juin.)

On rencontre qnelquefois des épanchements pleurétiques avec un son clair de percussion à leur niveau, et la conservation du bruit respiratoire à l'auscultation. M. Woillez pense que ces phénomènes insolites de percussion et d'auscultation sont dus, en avant, à l'adhérence du bord antérieur du poumon au niveau des fausses côtes sternales. Il rapporte deux observations qui lui semblent donner raison à son explication.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.